Rok XXXIII. Kraków 3. Marca 1894 r. Nr. 9.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyjologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 38.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracya, a *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 187 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Rocznie: | w Austryi 8 złr. 80 ct. | w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr. | w Niemczech 14 mk. | we Francyi 24 fr. |
| Półrocznie: | „ 4 „ 40 „ | „ „ „ „ 3 „ | „ 7 „ | „ 12 „ |
| Kwartalnie: | „ 2 „ 20 „ | „ „ „ „ $1^1/_2$ „ | „ $3^1/_8$ „ | „ 6 „ |




## I. Z dziedziny chirurgii żołądkowo-jelitowej.

Podał

Prof. Rydygier.

(Wykład miany w Tow. lek. krak. dnia 21. Lutego 1894 r.)

Panowie! Przypadkiem zebrała się w klinice naszej w pierwszej połowie tego półrocza dość znaczna liczba cierpiących na choroby żołądkowo-jelitowe. Korzystam z tej sposobności, żeby Szan. Kolegom przedstawić kilka przypadków wyleczonych a czynię to tem chętniej, że mi to nastręcza dobrą sposobność dorzucić kilka ogólnych uwag w kwestyach dotychczas wątpliwych w chirurgii żołądkowo-jelitowej, jak również zachęcić Szan. Kolegów trudniących się leczeniem chorób wewnętrznych do wcześniejszego przysyłania odpowiednich chorych do operacyi.

Nie stało się to przypadkiem, że z 13 chorych na żołądek, do naszej kliniki przyjętych, aż 4 do operacyi żołądkowej wcale się nadawało. Również w 7 przypadkach gastroenterostomii chorzy byli po największej części tak wychudzeni a rak tak znacznie się rozszerzył i pozrastał ze sąsiednimi organami, że o resekcyi żołądka ani myśleć nie było można. Tylko w 2 przypadkach wrzodu żołądkowego resekcya była możliwą.

Samo przez się rozumie się, że w tak daleko posuniętem stadyum podjęta operacya musi dać wynik niekorzystny. Że w tak póżnem stadyum chorego otrzymujemy, nie zależy to jedynie od trudności dyagnostycznych; albowiem niektórzy chorzy podawali w wywiadach, że sami już przed całymi miesiącami wyczuwali guz w brzuchu, co również i lekarz wykazywał, a mimo to chorzy zgłaszali się do nas wtedy dopiero, kiedy dręczeni przez całe miesiące pompowaniami żołądka wreszcie oświadczali, że dłużej wśród tych okoliczności żyć nie mogą, albo gdy lekarz ordynujący nabrał przekonania, że koniec bliski. W tych okolicznościach oczywiście nie ma się czego spodziewać po operacyi a przynajmniej nie wiele.

Że takiego postępowania wyniki operacyjne przecież nie usprawiedliwiają, przekonywają najlepiej ostatnie publikacye Lauensteina[1]) a przedewszystkiem Kochera[2]). Lauenstein stracił wprost z operacyi na 17 przypadkach gastroenterostomii tylko 4, gdy Kocher stracił 2 chorych na 9 po resekcyach żołądka, wykonanych z powodu raka odźwiernika a w ostatnich 6 przypadkach nie nastąpił ani jeden przypadek śmierci, w których zastósował swoję metodę resekcyi odźwiernika z gastroduodenostomią.

Pamiętajmy nadto, że nawet spóźnione przypadki (z uwzględnieniem poprzednio wymienionych okoliczności), tak złych nie dają wyników. Operowany Wölflera żył po operacyi $5^1/_2$ lat, mój $2^1/_2$, Billrotha $2^1/_2$ i $1^1/_2$, Kochera jeden 3 lata a drugi żyje dotychczas i ma się zupełnie dobrze po resekcyi żołądka, wykonanej przed 5 laty z powodu raka odźwiernika. Uwzględniwszy te dobre wyniki musimy przyznać, że mamy zupełną słuszność żądać, aby nam wcześniej przysyłano do operacyi nadające się przypadki.

Gdy wykażę na końcu, przy ogólnych uwagach, że można podać wcześniej, niż dotąd objawy rozpoznawcze takie, któreby uzasadniały operacyę, natenczas chirurgia spełniła ciążący na niej obowiązek a już do medycyny wewnętrznej należeć będzie, aby ztąd ogólne zyskała korzyści. Że się tak już dzieje we wielu miejscach, zwracam uwagę z zadowoleniem.

Rozpoczynam od przedstawienia chorego a raczej wyleczonego z *ulcus ventriculi*[3]). Przypadek ten jako też kilka innych, zawdzięczam życzliwości kol. Korczyńskiego, któremu za to na tem miejscu składam serdeczne dzięki.

[1]) Lauenstein. Zur Indication, Anlegung der Magen- und Darmfistel (Separat-Abdruck in der Festschrift zn Ehren prof. Dr. L. Meyer in Göttingen.)

[2]) Th. Kocher. Zur Technik und zu den Erfolgen der Magenresektion (Separat-Abdruck a. d. Correspondenzblatt f. Schweizer Ärzte. 1893).

[3]) Zestawienie wszystkich swoich przypadków podam później w obszerniejszej pracy.

Chory, dziś dopiero kilka tygodni po operacyi, przybrał na ciężarze 11 klgrm. Trawi zupełnie dobrze i znosi wszystkie potrawy. Dokładniejsze badanie co do chemizmu i mechanizmu żołądka podjął się przeprowadzić łaskawie prof. Korczyński w swojej klinice.

Krótki wyciąg z historyi chorób tak tego pacyenta, jak innych w dalszym ciągu mego przedstawienia wymienionych, dołączę na końcu.

Prócz obecnego tu chorego z wrzodem żołądka, mieliśmy w tem półroczu jeszcze jednego, u którego wyciąłem odźwiernik (*resectio pylori*). W tym przypadku nastąpiła śmierć, ale nie w skutek, lecz pomimo operacyi. Sekcya wykazała rozpad płuc cuchnący i zapalenie opadowe po lewej stronie. Chory umarł 4-go dnia po operacyi; szew zupełnie dobrze trzymał; najmniejszego zadraźnienia otrzewny nie było.

Druga chora, przeznaczona do dzisiejszego przedstawienia, jest po gastroenterostomii. Zwężenie odźwiernika tworzył tutaj guz wychodzący z tylnej ściany żołądka, z trzustką zrosły i sięgający w głąb obok kręgosłupa tak, że nawet podczas operacyi na pewno nie można było przekonać się, zkąd ten guz pierwotnie wychodził i jakiej był natury. Tyle było pewne, że wycięcie przedstawiałoby znaczne trudności; postanowiliśmy więc wykonać gastroenterostomię. Tę jak i inne wykonałem sposobem W ö l f l e r a. Chora czuje się zupełnie dobrze z wyjątkiem nieznacznych dolegliwości w lewej nodze.

Gastroenterostomią wykonaliśmy w tem półroczu 7 razy; z tych 3 wyleczonych a 4 umarło. W jednym z wyleczonych przypadków jest to godnem uwagi, że obok raka żołądka znajdował się guz na pępku, który nie zostawał w żadnym związku z rakiem żołądka. Badanie mikroskopowe wyciętego guza z pępka, przeprowadzone w zakładzie prof. B r o w i c z a przez Dra P i o t r o w s k i e g o, wykazało *adeno-carcinoma* a więc najprawdopodobniej to samo utkanie, co guz w żołądku, pomimo że nie było żadnych zrostów.

Wysoka śmiertelność nie zadziwi nikogo, jeżeli przypatrzymy się bliżej nieszczęśliwym przypadkom. Dwa z nich zginęły z powodu ogólnego wyniszczenia, w 2 zaś innych przyszło do przedziurawienia szwu około 8. dnia skutkiem ucisku okrężnicy, w której nagromadziła się powyżej miejsca zaciśniętego masa kału — a było to w czasie, kiedy pacyenci czuli się tak dobrze, że chcieli wstawać. Wrócę jeszcze przy ogólnych uwagach do tych przypadków.

Trzeci chory, którego przedstawiam, zasługuje w wysokim stopniu na uwagę, nietylko z tego powodu, że okazuje, co dziś chirurgia zdziałać może, ale i z tego powodu, że cierpienie to, do którego potrzeba było aż 5 operacyi, samo jest wysoce zajmującem. Chora cierpiała na raka jajnika prawego, nadto ku górze rozwinął się po tej samej stronie wielki torbiel skórzasty a w kierunku ku miednicy małej torbiel wypełniony cieczą przeźroczystą. Rakowaty jajnik zrosły był z górnym odcinkiem pęcherza a nadto z wygięciem esowatem. Po otwarciu jamy brzusznej musiałem naprzód wyłuszczyć torbiele i oddzielić zwyrodniały jajnik od macicy. Następnie zresekowałem ściany pęcherza w całej grubości w obszarze większym od talara i zaszyłem ubytek dwupiętrowym szwem kuśnierskim. Wreszcie wyciąłem około 8 cm. z *S romanum* i połączyłem odcięte końce trzypiętrowym szwem kuśnierskim. Tak więc n a j e d n e m p o s i e d z e n i u w y k o n a ł e m o w a r y o t o m i ą, r e s e k c y ę p ę c h e r z a z n a s t ę p o w e m z e s z y c i e m i r e s e k c y ą *S* r z y m s k i e g o z e n t e r o r a f i ą.

Pierwsze dni po operacyi przeszły bez zboczenia; brakło tylko wiatrów. Zwolna, w ciągu pierwszych 4 dni wzdymał się brzuch i 5. dnia po operacyi przyszliśmy do przekonania, że mamy przed sobą niedrożność w jelitach i to najprawdopodobniej w blizkości szwu. Wprawdzie wiedzieliśmy, że szew sam nie zwężał do tego stopnia jelita: po pierwsze widzieliśmy to naocznie podczas operacyi; po wtóre *S* rzymskie jest tak obszerne, że nie tak łatwo je szwem zacisnąć. Przypuszczać można było tylko jakie ostre zagięcie, mniejsze lub większe, połączone może z obrzękiem błony śluzowej.

J a k n a l e ż a ł o p o s t ą p i ć w t y m p r z y p a d k u? Można było środkami przeczyszczającymi albo wlewaniami do odbytu (lawatywą) usunąć przeszkodę i otworzyć drogę kałowi lub też założyć *anus praeternaturalis* powyżej miejsca zaciśnionego. Wybrałem to drugie, jako drogę pewniejszą; nie chciałem bowiem już 5. dnia wywierać znaczniejszego nacisku na linię szwu, bo wiem z doświadczenia, jak łatwo w tym czasie jeszcze szew się rozchodzi. Chorą, osłabioną jeszcze poprzednią operacyą, obawialiśmy się na nowo chloroformować; wykonałem więc operacyą *anus praeternaturalis* w kokainie, co się zupełnie dobrze udało. *Anus praeternaturalis* założyliśmy po prawej stronie, w okrężnicy wstępującej, poczem wkrótce nastąpiły obfite wypróżnienia i brzuch sklęsł. Kiedy po 5 tygodniach przypuszczać mogliśmy, że jelito w miejscu założenia szwu zupełnie na pewno już się zrosło, wtenczas przekonaliśmy się lawatywami, że tam rzeczywiście nie ma zwężenia znaczniejszego, bo woda wlana do odbytu dość pełnym prądem wypływała przez *anus praeternaturalis*. Przystąpiliśmy więc do zamknięcia sztucznego odbytu sposobem M a l g a i g n a. Rana odrazu się zagoiła i oto widzicie Panowie bliznę po niej. Chora ostatecznie zupełnie została wyleczoną.

(Dokończenie nastąpi.)

## II. Kiła dziedziczna i wrodzona.

Skreślił

Dr Karol Szadek w Kijowie.

### II.

### Etyologia i patogeneza kiły dziedzicznej i wrodzonej.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 8).

K e y f e l[1]) utrzymuje, iż kiłowy ojciec przekazuje potomstwu swą chorobę za pośrednictwem zakażonego nasienia, matka zaś wcale nie ulega zakażeniu. Na poparcie swego zdania przytacza 8 przypadków, w których zdrowe matki, będąc zapłodnione przez ojców na kiłę chorych, rodziły dzieci dotknięte wybitnymi objawami kiły w postaci pęcherzycy i guzów swoistych w płucach, wątrobie, śledzionie i innych organach wewnętrznych; prawie wszystkie dzieci urodziły się nieżywe, niektóre zaś zmarły wkrótce po przyjściu na świat. T a y l o r[2]) opisuje dwa przypadki tyczące

---

[1]) Keyfel. Syphilis congenita in Folge paterner Infektion. Inaug. dissert. München. 1876. pag. 13—14.

[2]) Arch. of clinic. Surgery. 1876. Sept.

się kiłowych ojców, którzy płodzili potomstwo z objawami kiłowymi, matki zaś pozostały zdrowemi. W pierwszym przypadku matka urodziła kilkoro dzieci, z tej liczby pierwsze przyszło na świat nieżywe, pięcioro zaś pozostałych przedstawiało wkrótce po urodzeniu wybitne objawy kiły dziedzicznej; następnie zaś, wskutek swoistego leczenia męża, wydała na świat zdrowe dziecię; gdy jednak po upływie następnych trzech lat u męża wystąpił nawrót choroby, ponownie urodziła dziecię kiłowe, następne jednak dziecko było już zdrowem i wolnem od objawów kiłowych. Matka zaś pozostając w ciągu wielu lat pod opieką lekarza, nie okazywała żadnych zgoła objawów kiłowych i była zawsze zdrową. Drugi przypadek Taylora tyczył się kobiety, która z kiłowym mężczyzną spłodziła troje dzieci, dotkniętych kiłą dziedziczną; sama zresztą pozostała zdrową w przeciągu 7 lat. Przypadki spostrzegane przez Meneauta[1]) i Nevins-Hydego[2]) niemniej są przekonywające. Przypadek Meneauta tyczył się dwojga dzieci z kiłą dziedziczną, które urodziła zdrowa matka; ojciec dzieci przebywał kiłę przed zapłodnieniem pierwszego dziecka; oprócz tych dwojga dzieci, wymieniona matka poroniła dwa razy. Drugi przypadek Nevins-Hydego tyczył się zdrowej kobiety, u której następstwem stósunku miłosnego z mężczyzną chorym na kiłę było urodzenie nieżywego płodu kiłowego; wstąpiwszy zaś w związki małżeńskie ze zdrowym mężczyzną, spłodziła z nim dwoje zdrowych dzieci. Przypadek Rineckera[3]) dowodzi niewątpliwie możliwości wyłącznego udziału ojca w przekazywaniu kiły potomstwu; tyczył się on pewnej matki, u której przed urodzeniem dziecka kiłowego pojawił się świeży wrzód pierwotny i dopiero w miesiąc po przyjściu na świat dziecka wystąpiły ogólne objawy kiłowe; oczywista rzecz, iż w tym przypadku winowajcą kiły dziecka był zakażony kiłą ojciec, jajko zaś matki było zdrowem. Weil[4]) oświadcza się też za zdaniem, iż kiła dziedziczna często pochodzi wyłącznie od ojca, matka zaś może być podczas zapłodnienia zdrową, pomimo to jednak wydaje na świat zakażone kiłą potomstwo; na poparcie swego zdania przytacza przypadek zdrowej kobiety, która w 6. miesiącu ciąży zakaziła się kiłą; urodzone dziecko przedstawiało wybitne objawy kiły dziedzicznej, która pochodziła niezawodnie od ojca a nie od matki, ponieważ ostatnia w chwili zapłodnienia była zupełnie zdrową.

Niemniej przekonywające dowody ojcowskiego pochodzenia kiły dziedzicznej przedstawili: Mewis[5]), Anton[6]), von-Hecker[7]) i Fournier[8]); w 108 przypadkach, zebranych przez Mewisa, matki, pomimo urodzenia 109 dzieci z kiłą dziedziczną, pozostały zdrowemi i nie przedstawiały żadnych oznak i śladów kiły; Anton podaje opis 70 przypadków kiły potomstwa; w 14 matki, wydając na świat dzieci kiłowe, pozostawały zdrowemi; von Hecker zebrał 173 przypadków kiły dziedzicznej, które wykazały, iż choroba potomstwa przeważnie pochodziła od ojca, a nie od matki; 53 matek było zupełnie wolnych od wszelkich objawów kiły. Fournier przytacza 87 przypadków, w których ojciec był głównym winowajcą kiły potomstwa; podaje następnie 14 przypadków, tyczących się zdrowych matek, które płodziły z ojcami kiłowymi dzieci cierpiące na kiłę dziedziczną[1]).

Późniejsze przyczynki, udowadniające pochodzenia kiły dziedzicznej od ojca, przedstawili: Wiede[2]), Scarenzio[3], Orth[4]), G. Behrend[5]), Rosenberg[6]), Michelson[7]), Neumann[8]), Kassowitz[9]), Blackwood[10]), Herhold[11]) i Gaudichier[12]). Na podstawie sześciu, dokładnie spostrzeganych przypadków sądzi Wiede, że kobiety, które nigdy nie okazywały śladów kiły, mogą wydawać na świat dzieci, dotknięte kiłą już podczas urodzenia, lub też wkrótce potem; w takich przypadkach chorobę potomstwa należy przypisać świeżej lub niedawno przebytej kile ojca. Orth podaje szczegółowy opis trzech przypadków, odnoszących się do matek, które w przeciągu kilku lat pozostając zdrowemi i nie wykazując żadnych objawów kiłowych, wydawały na świat dzieci kiłowe. W przypadkach Scarenzii i Behrenda zdrowe matki płodziły z kiłowymi ojcami dzieci dotknięte kiłą dziedziczną. Przypadek G. Behrenda ciekawym i ważnym jest z tego względu, iż kiłowy ojciec był winowajcą przyjścia na świat 11 płodów zakażonych kiłą; kilka z nich poroniła matka, niektóre zaś przyszły wczas na świat, lecz przedstawiały oznaki wybitnej kiły i wkrótce po urodzeniu zmarły. Dwoje zaledwo pozostało przy życiu dzięki energicznemu leczeniu; matka zaś w ciągu 15 lat zamężścia swego zawsze była najzupełniej zdrową i nie okazywała żadnych objawów kiłowych. Podobny też przypadek opisuje Rosenberg; tyczył się on zdrowej matki, która rodziła potomstwo kiłowe, pomimo to żadnych śladów kiły nie dostrzeżono u niej w ciągu kilku lat najściślejszej obserwacyi. Michelson spostrzegał niejednokrotnie podobne przypadki. Neumann przytacza cały szereg spostrzeżeń, składający się z 12 przypadków, w których kiła dziedziczna była przekazaną potomstwu przez ojca kiłowego, matka zaś nie była zakażoną. Kassowitz przytoczył w 1883. roku nowy przypadek, tyczący się tej kwestyi: ojciec, który przed 4 laty przebywał kiłę, spłodził ze zdrową matką dziecię kiłowe; ostatnie wkrótce po urodzeniu zmarło. Wskutek swoistego leczenia ojca następne dziecko przedstawiało już mniej wybitne objawy kiłowe, po upływie zaś następnych sześciu lat urodziło się już zdrowe i wolne od kiły dziecię; przez cały ten czas u matki żadnych objawów kiłowych nie dostrze-

[1]) Annales de dermat. 1877; przytocz. u Riocreux. p. 51—52. (p. dalej).
[2]) Archiv of Dermatology. 1878. April. pag. 103.
[3]) Tagbl. d. 51. Versammlung deutsch. Naturforscher u. Aerzte. 1878. pag. 91.
[4]) Volkmann's Samml. klin. Vorträge. N. 130. pag. 888—889.
[5]) Zeitschr. f. Geburtsh. und Gynaekol. 1879. IV. pag. 10—63.
[6]) Anton. Ueber hereditäre Syphilis. In.-diss. Berlin. 1880. pag. 8—20. (13, 14, 17, 21, 25, 26, 30, 33, 39, 40, 43, 51, 54 i 56 przypadki).
[7]) Wiener medicin. Blätter. 1881. 37. pag. 1147—1150.
[8]) A. Fournier. Syphilis et mariage. Paris. 1880. p. 231—241, obs. I—LXXXVII.

[1]) l. c. pag. 277—281. obs. I—VII.
[2]) E. Wiede. Beiträge zum Kapitel der hereditären Syphilis. Inaug.-diss. Würzburg. 1880. pag. 53 (5, 19, 24, 25, 27 i 28 przypadki).
[3]) Gior. ital. d. malad. veneree e della pelle. 1880. XV. 1. pag. 16—20.
[4]) Orth. Ueber Immunität der Mutter bei Syphilis des Vaters und angeborener Syphilis der Kinder. Inaug. diss. Heidelberg. 1880. pag. 18—26.
[5]) Berliner klin. Woch. 1881. 8, 9. pag. 107 i 124.
[6]) Viertelj. f. Dermat. und Syphilis. 1882. pag. 461—480.
[7]) Monatsch. f. prakt. Dermatologie. 1883. pag. 5—8.
[8]) Wiener mediz. Blätter. 1883. 18, 19. pag. 531 i 568; Mediz. Jahrbüch. Wien. 1885. $^3/_4$. pag. 296—298.
[9]) Jahrb. f. Kinderheilkunde. 1883. XXI. $^1/_2$. pag. 61—62.
[10]) Philad. medic. Times. 1883/84. XIV. pag. 526—530.
[11]) C. Herhold. Ueber Lues hereditaria. Inaug. diss. Berlin. 1884. pag. 14—15.
[12]) Annales de dermatol. et de syphil. 1885. 2. pag. 90—92.

żono. Blackwood i Herhold spostrzegali każdy po trzy podobne przypadki, Gaudichier zaś opisał dwa podobne przypadki.

Z poważniejszych spółczesnych syfilidologów utrzymują Morrow[1]), Diday[2]) i Fournier[3]), iż kiła dziedziczna potomstwa przeważnie pochodzi od ojca; inni zaś przypisują zarówno ojcu i matce udział w sprawie przekazywania kiły potomstwu (Barduzzi[4]), Schuster[5]), Zeissl[6]), Gamberini[7]), Kaposi[8]), Profeta[9]), Campana[10]), Finger[11]).) Poglądy w tej sprawie paryzkiej szkoły syfilidologicznej Fourniera dokładnie i szczegółowo wyłożył w pięknie napisanej rozprawie Riocreux[12]). Przytoczymy tu treść jej w kilku słowach: wychodząc z zapatrywania się na kiłę, jako na zakaźną, prątkową chorobę, tłómaczy on odziedziczenie kiły jako rodzaj przeniesienia przyrzutu chorobowego, które w ten sposób się odbywa, iż ojciec, dotknięty kiłą, wprowadza podczas zapłodnienia przyrzut kiłowy z plemnikami do jajka kobiecego i tą drogą zakaża powstający zarodek. Jakkolwiek przeciwko dziedziczeniu od ojca kiły podnoszono zarzut, jakoby nieznaczne objawy kiłowe u matki łatwo było niekiedy przeoczyć, wypada według Riocreuxa przypuścić, że jeśli się nawet wykluczy znaczną liczbę należących tu przypadków, jako nie zupełnie przekonywających, to zawsze jednak pozostanie dość pokaźna liczba udowadniających przypadków (spostrzeganych nawet przez lekarzy w ich własnej rodzinie), które stwierdzają dziedziczenie kiły od ojca, podczas gdy matka pozostaje zdrową. Riocreux przytacza w swej rozprawie kilkanaście takich przypadków ściśle spostrzeganych, w których kiłowy ojciec płodził ze zdrową matką dzieci dotknięte kiłą dziedziczną, matka zaś pozostawała zdrową i wolną od wszelkich objawów kiły. Z materyału statystycznego Fourniera podaje on następne wyniki: z 75 małżeństw, złożonych z ojca kiłowego i zdrowej matki, 43 płodziły chore na kiłę dzieci; na 112 zaś rodzin, w których znajdowały się dzieci kiłowe, w 43 ojciec jedynie, w 69 zaś oboje rodzice przebywali kiłę[13]). Opisane przez Linna[14]), Leloira[15]) i Carlbroma[16]) przypadki przemawiają także na korzyść ojcowskiego pochodzenia kiły dziedzicznej, ponieważ matki dzieci kiłowych pozostały zdrowemi. Dwa przypadki Merza[17]) należy zaliczyć do rzędu najwięcej przekonywających, albowiem tyczyły się one ojców kiłowych, którzy płodzili potomstwo kiłowe, matki zaś nie okazywały żadnych oznak choroby; nadto w drugim przypadku Merza matka zaraziła się kiłą od swego dziecka podczas jego karmienia i dostała wrzodu pierwotnego na brodawce piersiowej, po którem niebawem wystąpiły ogólne objawy kiłowe.

W długim szeregu przypadków, przytoczonych w ciekawej rozprawie lekarza przytułku dla podrzutków w Wiedniu, Schlichtera[1]) i tyczących się dzieci kiłą dziedziczną nawiedzonych, choroba dzieci pochodziła niewątpliwie od ojca bez udziału matki. W przypadku Hesslera[2]) zdrowa matka wydała na świat nieżywe dziecię, u którego można było wykazać zwyrodnienia kiłowe rozmaitych organów wewnętrznych, przeważnie płuc i wątroby. W przypadku Bergha[3]) dziecię, urodzone przez zdrową i wolną od kiły matkę, wkrótce zapadło na rozmaite objawy wtórorzędne skóry i błon śluzowych, u matki zaś w 6 miesięcy po urodzeniu dziecka zauważono pierwotne objawy kiły na częściach rodnych, po których później wystąpiły ogólne objawy kiłowe. Matka i dziecko wkrótce wyzdrowiały w skutek leczenia swoistego.

Jakkolwiek przeciwko wielu z przytoczonych wyżej przypadków podnieść można ten zarzut, iż stanu zdrowia niektórych matek nie obserwowano dokładnie, niektóre zaś z przypadków są krótko i pobieżnie opisane i t. p., wszakże zawsze jeszcze pozostanie liczny poczet dobrze spostrzeganych i przekonywających przypadków, w których stan zdrowia matki był najdokładniej notowanym. Najwięcej udowadniające przypadki podali Nevins-Hyde, Weil, Wiede, Rinecker, Merz i Bergh, pomijając już innych.

Rozpatrując się w przytoczonej kazuistyce, tyczącej się wyłącznego udziału ojca w sprawie przekazywania kiły potomstwu, przekonywamy się stanowczo, iż **kiłowy ojciec często płodzi ze zdrową kobietą potomstwo kiłowe.**

Bezwątpienia udział ojca kiłowego w sprawie przekazywania kiły potomstwu trwa zaledwie kilka sekund, mianowicie podczas spółkowania zapładniającego matkę, i ogranicza się li tylko na zetknięciu się zakażonego nasienia ze zdrowem jajkiem. Dzieci, z takiego nasienia spłodzone, przedstawiają później objawy kiły dziedzicznej, które występują bądź jeszcze w łonie matki, bądź też wkrótce po przyjściu na świat dziecka. Niektórzy jednak dawniejsi autorowie przypuszczali, jakoby udział ojca w przekazywaniu kiły potomstwu nie ograniczał się li tylko na dostarczeniu nasienia niezbędnego dla zapłodnienia matki, lecz może objawiać się i później przez cały ciąg brzemienności, co ma niby nastąpić w ten sposób, iż przedtem zdrowy ojciec spłodziwszy ze zdrową matką dziecię, jeżeli po upływie pewnego czasu nabędzie świeżej kiły, może podczas spółkowania udzielić swej choroby znajdującemu się w łonie matki płodowi (Blégny[4]), Nisbett[5]), Albers[6]).) Już *a priori* trudno na seryo traktować podobne przypuszczenie, tembardziej zaś, jeżeli się uwzględni okoliczności, w których się znajduje płód, zamknięty zewsząd w łonie matki i otoczony nadto mocne-

[1]) Journal of cutan. diseases. 1887. 4. pag. 129—131.
[2]) Annales de dermat. et syph. 1887. 5. pag. 303—316.
[3]) Bulletin médical. 1889. 47, pag. 740—744.
[4]) Gior. Ital. d. mal. veneree. 1887. 3. pag. 129—138.
[5]) Die Syphilis, deren Wesen, Verlauf und Behandlung. Berlin. 1887. pag. 104.
[6]) M. von Zeissl. Lehrbuch der Syphilis. Stuttgart. 1888. p. 669.
[7]) Bollet d. scienze mediche di Bologna. 1888. pag. 56.
[8]) M. Kaposi. Pathologie und Therapie der Syphilis. Stuttgart. 1891. pag. 386.
[9]) Profetta. Trattato pratico delle malattie veneree. Palermo. 1888. pag. 931—935.
[10]) R. Campana. Dei morbi sifilitici e venerei. Genova. 1889. I. pag. 270.
[11]) E. Finger. O dziedziczeniu kiły. Kraków. 1892. str. 8.
[12]) Riocreux. Syphilis; hérédité paternelle. Thése. Paris. 1888.
[13]) l. c. pag. 131—132.
[14]) Annales de dermat. et syph. 1888. 2; Mtsh. f. prakt. Dermat. 1888. pag. 598.
[15]) Journal des connaissances médicales. 1889. 31. p. 242—244.
[16]) Sitzungsbericht d. Riga'schen deutsch. medicin. Gesellschaft. 1889. pag. 552.
[17]) Archives de tocologie. 1890. I. pag. 34—47.

[1]) Wiener klin. Wochens. 1791. 1, 2, 3, 5 (V—XX Fälle).
[2]) Journal of cutaneous dis. 1893. 3. pag. 104.
[3]) Monatsch. f. prakt. Dermatol. 1893. XVII. 3. pag. 117—119.
[4]) Blégny. L'art de guérir les mal. vénériennes. Paris 1673.
[5]) Nisbett. Theoretische und praktische Abhandlung über die Lustseuche. Leipzig. 1789.
[6]) Albers. Die Erkenntniss und Kur der syphilischen Hautkrankheiten. Berlin. 1832. pag. 19—20.

mi błonami, przez które trudno byłoby przeniknąć przyrzutowi kiłowemu.

Zestawiwszy więc właściwą, licznie nagromadzoną kazuistykę i rozpatrzywszy się w niej, możemy odpowiedzieć na pierwsze pytanie: czy kiła dziedziczna może pochodzić jedynie od ojca bez udziału matki? Mianowicie zaś wypada nam orzec, iż bardzo często, w przeważnej liczbie przypadków, kiła dziedziczna, objawiająca się u potomstwa, zawdzięcza swe pochodzenie jedynie chorobie ojca, czyli że udowodnionem jest bezpośrednie przekazywanie kiły potomstwu od ojca kiłowego bez udziału matki w skutek przeniesienia z plemnikami kiłowego przyrzutu do jajka zdrowej matki, w następstwie czego powstaje dotknięty kiłą dziedziczną płód.

Z tylko co omówionej głównej kwestyi tyczącej się udziału ojca w kile dziedzicznej, wysnuwają się następnie dwie dodatkowe kwestye: 1) czy ojciec kiłowy zawsze płodzi dzieci kiłowe, czy też mogą niekiedy dzieci z niego zrodzone pozostać zdrowemi? 2) czy matka, będąc przez ojca kiłowego zapłodnioną, pozostaje nadal zdrową, czy też zakaża się jednocześnie z płodem kiłą?

Odkładając na później rozbiór tych dwu kwestyj, przystąpimy w następnym rozdziale do rozpatrzenia i wyjaśnienia kwestyi udziału matki w sprawie przekazywania kiły potomstwu.

(Ciąg dalszy nastąpi).

---

## III. Oceny i sprawozdania.

### Choroby wewnętrzne.

Rosenbach: **O nadużywaniu dwuwęglanu sodowego w chorobach żołądka.**

W wielu przypadkach przemieniają się lekkie zboczenia w trawieniu przez przesadne używanie dwuwęglanu sodowego w przypady chorobliwe wcale poważne.

Samo tak utarte przypuszczenie, że dwuwęglan sodowy powstrzymuje zbytnie tworzenie się kwasu żołądkowego, nie daje jeszcze samo przez się należytego wskazania do nadużywania tego na pozór obojętnego środka; gdy bowiem wiadomo z doświadczenia, że dwuwęglan sodowy skutkuje wobec wcale niezbytniej produkcyi kwasu solnego, to z drugiej strony nadmierne wydzielanie się kwasu solnego ma tylko w pewnych, ściśle oznaczonych okolicznościach istotne patologiczne znaczenie, jako objaw nadmiernej czynności błony śluzowej żołądka. Nie ma też po dziś dzień żadnej, ogólnie przyjąć się dającej granicy między prawidłową a nadmierną kwasotą żołądka tak, że, co u jednego musi się uznać za nadmiar kwasu, to u drugiego stanowi zaledwo właściwą ilość; tak n. p. u osób nerwowych lub anemicznych, których żołądek niewiele kwasu wydziela, już małe, dla innych ledwo znaczne podniesienie się kwasoty żołądka sprawia poważne zadraźnienia, wymioty, kolki, pieczenie w gardle i t. p. Gdy nadto u wielu ludzi trawienie w żołądku zależy w znacznej mierze od trawienia w jelitach i zboczenia tego ostatniego sprowadzają objawy zmiany funkcyi żołądka, to fałszywemby było szukać przyczyny głównej schorzenia w tymże jedynie organie, badaniu dostępniejszym. To też zamiast uznać pewne formy zwiększenia się kwasoty żołądka, jako konieczne następstwo kompenzacyjnej jego czynności wobec zboczeń w jelitach, zamiast upatrywać w zwiększeniu się czynności objaw prawidłowej reakcyi na silniejsze lub dłużej trwające podrażnienia, tworzy się samowolnie obraz pierwotnego cierpienia żołądka i dochodzi się do fałszywej terapii, pomijając wzgląd, że wobec takiej kwasoty, czysto kompenzacyjnej natury, można zaradzić chorobie jedynie przez doprowadzenie do prawidła czynności jelit, nie zaś przez zobojętnienie treści żołądkowej. Tym sposobem utrudnia się przejście jej pod wpływem drażniącego mocno kwasu solnego i znosi się przez zobojętnienie pobudzenie atonicznego jelita do mocniejszych ruchów robaczkowych, skutkiem czego występuje zastój w żołądku z kiśnieniem i tworzeniem się gazów lub w żołądku zupełnie zdrowym zwiększenie podrażnienia do sekrecyi.

U wielu osób prawidłowy ruch robaczkowy jelit zaledwie jest możliwy bez mocnego wydzielania się kwasów w żołądku, gdyż jelito cienkie a także i grube potrzebuje niekiedy szczególnie mocnego podrażnienia; u indywiduów takich podanie kwasu solnego wpływa korzystnie na wypróżnienia.

Z powyższych uwag wypada zatem, że wpierw, nim się orzeknie o wydzielniczej czynności żołądka, należy się zastanowić nad czynnością całego przewodu pokarmowego oraz nad okolicznościami, w jakich odbywa się praca trawiąca i opróżnianie się żołądka z treści.

Dla orzeczenia, czy właśnie kwasota treści żołądkowej jest przyczyną zboczeń w trawieniu, należy w każdym przypadku dokładnie uwzględnić również stan ogólny chorego, jego zatrudnienie, rodzaj pożywienia i sposób spożywania, ogólną i miejscową wrażliwość, zachowanie się wypróżnień i t. p. a w uzupełnieniu tych okoliczności nadto badanie chemizmu t. j. kwasoty żołądka.

Wynik zwykłego śniadania próbnego należy brać z wielką tylko ostrożnością za podstawę dla oznaczenia siły trawienia, gdyż wielu trawi wprawdzie to śniadanie zupełnie prawidłowo a wcale nie znosi pokarmów codziennego życia; inni znów tylko w pewnych porach dnia lub po natężającej pracy okazują nieprawidłowości w trawieniu; wreszcie pozornie prawidłowy wynik trawienia w żołądku nie stanowi jeszcze o prawidłowem trawieniu w ogóle.

Wpływu rozmaitych kwasów na trawienie dotychczas należycie nie uwzględniono a znaczenia kwasu solnego nie należy generalizować. Znane są przypadki, w których tylko jeden kwas (mleczny, octowy...) działa drażniąco; w innych nawet nadmierne wytwarzanie się wolnego kwasu solnego żadnego niekorzystnego wpływu nie wywiera na trawienie. Gdy wszakże wiadomo ogólnie z doświadczenia, że w przeważnej liczbie zboczeń w trawieniu dwuwęglan sodowy główne cierpienia łagodzi na jakiś czas, nic dziwnego, że pacyenci, popróbowawszy jego działania, używają go coraz częściej i w coraz większych dawkach.

Te łagodzące skutki dwuwęglanu sodowego dadzą się wytłómaczyć, skoro się rozważy przebieg trawienia żołądkowego a zwłaszcza drażniący i pobudzający ruch robaczkowy wpływ kwaśnych produktów z pokarmów, pod wpływem kwasu solnego (a także i pepsyny) powstałych.

Wogóle przejście pokarmów z żołądka do jelit następuje tem rychlej i tem nieboleśniej, im mocniej miazga pokarmowa napoiła się kwasem solnym, przyjąwszy nadto poprzód dokładne, mechaniczne rozdrobnienie potraw jako najważniejszy warunek przy przedostaniu się miazgi przez odźwiernik. Gdy jednak to ukwaszenie wystąpi za rychło i w wielkim stopniu a znaczne masy kwasu za wcześnie przejdą do dwunastnicy, powstają tamże silne ruchy, tamujące dalsze przejście mas z żołądka, tem więcej, jeźli i pokarmy nie są dość rozdrobnione. Dzieje się to, gdy się jada z pośpiechem a chciwie, gdy się pokarmy nie dość naślinia, gdy się je spożywa w stanie znacznego umysłowego osłabienia. We wszystkich tych razach zachodzi niestósunek między siłą ruchu a wytwarzaniem kwasu i wtedy albo żołądek jest osłabiony a tworzenie się kwasu nadmierne, lub też żołądek kurczy się żywo, ale wydzielanie się kwasu jest niedostateczne. Ważność związku, jaki zachodzi między temi obiema funkcyami, daje się dokładnie obserwować, zwłaszcza na przetokach żołądkowych.

W drugim szeregu przypadków tkwi przyczyna zboczenia w szybkiem a obfitem wydzielaniu się kwasów tłuszczowych, mlekowego, octowego. Zależy to w pewnej mierze od składu potraw, z drugiej strony od niedomogi gruczołów, które nawet w stanie prawidłowym wydzielają za mało kwasu solnego. Zresztą kwasy organiczne mogą tworzyć się także przy całkiem prawidłowem wydzielaniu się kwasu, skoro kwas silniejszy wyprze słabszy z jego połączeń.

Do trzeciej kategoryi zalicza się przypadki, wykazujące przy badaniu treści żołądkowej prawidłową a nawet małą ilość kwasów różnego rodzaju, w których przecież mimo to istnieją znaczne dolegliwości, dające się koić użyciem dwuwęglanu sodowego. Jest to stan przeczulicy żołądka, występujący jako najczęstsza przyczyna tak często obecnie spotykanej dyspepsyi, w której już małe ilości kwasu, czy też nieznaczne mechaniczne bodźce sprawiają kurcze i boleści, tem łatwiej wobec równoczesnej, chwilowej czy dłużej trwającej przeczulicy organu. Forma ta jest bardzo częstą, podobnie jak nerwowy kaszel, nerwowe rozwolnienie, histeryczne wymioty, następstwem przebytych zboczeń miejscowych (jak n. p. ostrego nieżytu), które tylko dlatego przeszły w stan przewlekły, ponieważ lekarz nawet już po ustąpieniu zmian w tkance ze zbytniej przezorności lub pobłażliwości dla chorego nie wpłynął we właściwym czasie na uregulowanie prawidłowej czynności organu.

Wielka część tym podobnych zboczeń powstaje na tle niedokrewności lub nerwowości a skoro raz się wytworzył stan przeczulicy, to zwraca on na siebie uwagę pacyenta tak mocno, że tenże odczuwa przesadnie dotkliwie choćby najlżejsze podrażnienia żołądka i w dalszem następstwie, zamiast narząd ćwiczyć, oszczędza mu wszelkiej pracy, rozdelikaca go i osłabia, wytwarzając w końcu tym sposobem obraz podobny do owrzodzeń lub zbliznowaceń żołądka. Używany w tych przypadkach dwuwęglan sodowy działa jak narkotyk; zmniejsza bowiem podrażnienie ruchu robaczkowego przez zmniejszanie podrażnienia, wywołanego przez kwas żołądkowy.

To kojące działanie sody uwodzi często chorych, nie zdających sobie naturalnie sprawy z owej okoliczności tak, że zużywają coraz to większe ilości i w coraz to krótszych odstępach, aż wreszcie doprowadzają przy coraz to skrupulatniejszem przestrzeganiu dyety, do osłabienia siły trawiącej żołądka z braku podrażnienia (*insufficientia e functione minima.*)

Do stałego używania dwuwęglanu sodowego skłania wielu chorych uczucie pełni i napięcia w dołku podsercowym oraz pewnego rodzaju bezdech, zmniejszające się po odbijaniu się gazami. Chorzy tacy prą zatem i dławią się, byle tylko przez tego rodzaju ruchy pozbyć się gazów, lub też zażywają w tym samym celu dwuwęglan sodowy. Tak jedno jak i drugie jest szkodliwem, zwiększa bowiem tylko już istniejącą przeczulicę, osłabia trawienie i odwraca uwagę od głównego zboczenia, słowem podmiotową chwilową ulgę opłaca chory rychłem pogorszeniem się przedmiotowem. Odbija się to zwłaszcza szkodliwie na osobach niedokrewnych i o słabem już pierwotnie trawieniu, które wogóle stósunkowo mało wytwarzają kwasu żołądkowego.

Nie trzeba sobie również przedstawiać, jakoby pewna ilość sody zawsze zobojętniała całą ilość kwasu; zdarza się to tylko w narządach, mało kwasu wydzielających, w przypadkach atonii błony śluzowej oraz w chorobach ogólnych.

Pierwszem następstwem neutralizacyi u osób prawidłowych jest zawsze pobudzenie do dalszej produkcyi kwasu; tam zaś, gdzie przez nowe dawki dwuwęglanu sodowego wytwór gruczołów natychmiast się zobojętnia, czynności ich w końcu zatrzymują się, przez co tylko wyrządza się wprost szkodę organizmowi.

Z podobnych przyczyn bywa też szkodliwem zażywanie dwuwęglanu sodowego w przypadkach przewlekłych zmian w przewodzie pokarmowym, jakoto w nieżycie przewlekłym żołądka, w stłuszczeniu, zastoju lub marskości wątroby, dalej u ludzi schorzałych skutkiem obfitego a tłustego pożywienia, nadużycia wyskoku, tytoniu i t. p., mimo że środek ten usuwa na razie nieprzyjemne odbijania, palenie w gardle i t. p. przypadłości.

Przez osłabienie wpływu kwasu na trawienie, zalegają pokarmy dłuższy czas w żołądku, drażnią błonę śluzową, podtrzymują nieżyt i zwiększają niedomogę (*insufficientia*) gruczołów.

Zatem w myśl powyższych uwag wskazania dla używania dwuwęglanu sodowego są następujące:

Przedewszystkiem nie używa się środka zobojętniającego dopóty, dopóki nie uwzględni się trawienia w ogóle i nie nabierze pewności, że kwaśne odbijania, pieczenie w gardle (zgaga) polegają na pierwotnych, nieprawidłowych zmianach w trawieniu żołądka, na istotnem zwiększeniu się kwasoty lub na kwaśnym rozkładzie treści żołądkowej — nie zaś, że są one następstwem nerwowości, niedokrewności, nadużycia tytoniu, wyskoku lub też już poprzedniego użycia sody.

Dalej nie należy podawać dwuwęglanu sodowego przez dłuższy czas lub używanie jego pozostawić choremu, nie przestrzegłszy go o możliwych złych skutkach; u osób nerwowych lub niedokrewnych należy nadto zwracać uwagę na wpływ psychicznego usposobienia na trawienie.

Po ostrych niestrawnościach oraz po obfitem użyciu wina, małe dawki tego środka znoszą nadmiar kwasu a czynności gruczołów nietylko nie szkodzą, ale ją nawet powiększają tak, że wobec zwiększenia się produkcyi kwasu solnego ułatwia się trawienie a usuwa nadmierne kiśnienia. Używanie częstsze w małych ilościach (na koniec noża) jest równie nieszkodliwem, jak używanie soli kuchennej po obiedzie w celu zobojętnienia po kwaśnej sałacie lub winie.

Po obfitszych ucztach, ostro występującej niestrawności, kwasach organicznych, najlepiej reguluje trawienie kilka kropel kwasu solnego, sprowadzając, jeśli nie tak rychłą jak dwuwęglan sodowy, to znacznie trwalszą ulgę. Wskazanym jest dwuwęglan sodowy, gdy przy zdrowym zresztą żołądku, wystąpi w skutek nadużycia w jedzeniu nadmiar kwasoty, mocne palenie w gardle, wzdęcie, astmatyczne przypadłości, gdy zresztą nie można opróżnić żołądka ani przez wymioty ani przez wypompowanie.

Więcej niż na koniec noża nie należy podawać, prócz pewnych szczególnych wskazań; w wielu razach natomiast kawałek suchego chleba lub bułki sprowadza toż samo kojące działanie przez wessanie nadmiaru wolnego kwasu.

Nie zaleca się wreszcie używania dwuwęglanu sodowego u niedokrewnych, w przeczulicy przewodu pokarmowego i przewlekłym nieżycie żołądka.

W ogóle należy przy oznaczaniu dawki trzymać się wskazań, przy równoczesnem zachowaniu wszelkich ostrożności, pod ciągłą kontrolą lekarza, w małych dawkach a przez krótki tylko przeciąg czasu. (*Münchner med. Wschr. 1894. Nr. 3*). *Dr. Leopold Kosiński.*

## Choroby zakaźne.

### Arslan Ervant: **Peptonurya w przebiegu płonicy.**

Autor robiąc doświadczenia i badania w klinice prof. Granchera w Paryżu, obserwował w niektórych przypadkach płonicy peptonuryę i wykazał, że jest ona zawsze bardzo poważnym objawem ze względu na rokowanie, zdradza ciężkie komplikacye a nieraz je nawet poprzedza. W przypadkach zboczeń w przewodzie pokarmowym łączy się peptonurya z indykanuryą. Sposób wykrycia peptonów wedle autora jest bardzo prosty: Po wydzieleniu białka miesza się 5 cm. sz. moczu, białka pozbawionego, z 10 kroplami kwasu octowego 10 kroplami roztworu *hydrargyri bichlor* 1·00, *kali jodati* 3·00 i *Aqu. destil.* 60,00. Wrazie obecności peptonów powstaje biały osad, który mógłby pochodzić od alkaloidów, jeżeli chory dostawał je w postaci leków, lecz wtedy rozpuszcza się za dodaniem wyskoku bezwodnego. Pod względem etyologicznym skłania się autor do pasorzytniczego pochodzenia peptonuryi; pewnikiem jest bowiem, iż substancye

białkowate mogą zmienić się w peptony pod wpływem bakteryj. (*Gazette medicale de Paris z 25. Lutego 1893.*)

### Pestalozza: Leczenie krztuśca przez szczepienie ospy.

Z jednej strony jako zwolennik teoryi Cantaniego (bakteryoterapia), z drugiej strony opierając się na pracach Jennera, że limfa zaszczepiona organizmowi wpływa korzystnie na rozmaite sprawy chorobowe i idąc za doświadczeniami Chapmanna, Pexa, Margara, Cachaza, zaszczepił autor w 30 przypadkach kokluszu krowiankę. Z chwilą wystąpienia pęcherzy, więc koło 8. dnia, następowała znaczna poprawa a w przeciągu 15 dni napady kokluszu ustały zupełnie. Ani ze względu na okres choroby ani nawet na wyniszczony stan ogólny dziecka nie ma przeciwskazania do szczepienia. Najstósowniej jednakowoż jest dokonać zabiegu tego z końcem drugiego tygodnia, gdyż wtedy okres kurczowy krztuśca szybko przemija. (*Archivio italiano di Pediatrie 1893. p. 24 ff. 76 ff, 109 ff.* *Dr. Bolesław Komorowski.*

## Ginekologia.

### J. Pfannenstiel: O niebezpieczeństwach wywołanych przez wstrzykiwanie gliceryny do macicy, jako środka wzniecającego sztuczny poród.

Zachęcony rezultatami otrzymanymi przez Pelzera, który w celu wzniecenia przedwczesnego porodu wstrzykiwał zgęszczoną glicerynę do macicy, jako też Winckla, który go naśladował, użył autor wspomnianej metody w dwóch przypadkach w klinice wrocławskiej. Pierwszy przypadek tyczył się osoby w 9. miesiącu ciąży, okazującej sinicę i znaczne obrzęki z przyczyny zapalenia nerek; drugi zaś osoby zupełnie zdrowej, będącej na początku 10. miesiąca księżycowego ciąży i okazującej znaczniejsze ścieśnienie miednicy, u której dwa poprzednie porody zakończyły się wymóżdżeniem płodu. W pierwszym przypadku wstrzyknął około 80 cm. sz. wyjałowionej gliceryny pomiędzy błony płodowe a ścianę macicy; bóle porodowe nie wystąpiły, natomiast ukazały się objawy ciężkiego zapadu, wśród którego chora w kilka godzin potem umarła. Oględziny pośmiertne wykazały, jako przyczynę śmierci ostre zapalenie nerek; mocz wydobyty po śmierci mocno krwawo zabarwiony, błona śluzowa pęcherza moczowego przekrwiona, gdzieniegdzie wynaczynionkami pokryta. W drugim przypadku zaraz po wstrzyknięciu 100 cm. sz. takiejże gliceryny pojawiły się bardzo gwałtowne bóle; te jednak wkrótce ustąpiły pozostawiając znaczną bolesność macicy a nadto w godzinę po owem wstrzyknieniu sinica, duszność, majaczenia, ciepłota ciała 39°. Objawy te znikły po 3 godzinach, mocz jednak krwawo zabarwiony zawierał jeszcze przez 24 godzin znaczną ilość białka. Po tak smutnem doświadczeniu użyto balonika Brauna z dobrym skutkiem.

Autor zastanawia się głównie nad drugim przypadkiem, gdyż doświadczenie pierwsze, jako na osobie chorej dokonane, uważa za niedokładne i przychodzi do przekonania, że użycie gliceryny w celu wywołania sztucznego porodu więcej może ciężarnej przynieść szkody, niż korzyści, gdyż pomijając niebezpieczeństwo mogące powstać podczas wstrzykiwania płynów między błony a ścianę macicy, mamy tu niewątpliwe objawy zatrucia glicerynowego w postaci hemoglobinuryi i zadrażnienia nerek, obok gwałtownych objawów jak sinica, duszność i majaczenia. Że gliceryna zgęszczona, wprowadzona do ustroju wywołuje rzeczywiście takie objawy zatrucia, dowodzą tego najwymowniej doświadczenia Afanassiewa, Lebediewa, Schwahna i Filehnego na zwierzętach, które wykazały, że 20% rozczyn gliceryny jeszcze sprawia hemoglobinuryę a po dłuższem używaniu zapalenie nerek. Na podstawie tych spostrzeżeń ostrzega autor przed metodą Pelzera. (*Centralblatt für Gynäkologie. Nr. 4. Styczeń 1894*). *Dr. Zoll.*

## Zapiski terapeutyczne.

— Ze spostrzeżeń Cividallego i Gianellego na chorych w zakładzie obłąkanych w Rzymie wypada, iż duboazyna, używana, jak wiadomo, do uspakajania chorych obłąkanych i przeciw napadom drgawek u histeryczek, działa w postaci wstrzykiwań podskórnych obojętnego siarkanu (*duboisinum sulfuricum neutrum*) bardzo dzielnie przeciw padaczce, zmniejsza bowiem liczbę i moc napadów w tych nawet przypadkach, w których przetwory bromu i podskórne wstrzykiwania atropiny nie odnosiły żadnego skutku, tudzież usuwa śpiączkę po szeregu zbliżonych do siebie napadów; głównie jednak pomyślnie działa duboazyna przeciw obłędowi padaczkowemu i równoważnikom psychicznym epilepsyi.

Cividalli i Gianelli wstrzykują siarkan obojętny duboazyny krystaliczny co dzień pod skórę między łopatki lub w ścianę brzuszną dopóty, dopóki nie okaże się skutek lub nie wystąpią objawy zatrucia, poczynając od $^1/_2$ miligrama dziennie u dorosłego a $^4/_{10}$ miligrama u młodzieży i zwiększają stopniowo tę dawkę o $^1/_{10}$ miligrama, dopóki nie dojdą do miligrama lub półtora miligrama na dzień.

Wstrzykiwania te są nieco bolesne i wywołują niekiedy lekki odczyn zapalny. Po znaczniejszej liczbie wstrzyknięć rozszerza się źrenica, schną drogi oddechowe i występuje lekki zawrót głowy. Mocniejsze objawy zatrucia jak osłabienie nóg, dreszcze, utrata apetytu, pojawiają się dopiero po długiem używaniu dawek po 1 lub $1^1/_2$ miligrama codziennie. Zapadu po wstrzyknieniach podskórnych duboazyny Cividalli i Gianelli nie widzieli. (*La semaine médicale. 21. Lutego 1894*).

— Lyncker miał w leczeniu w ciągu 20 lat więcej, niż 200 przypadków uwięznienia przepukliny i wyleczył wszystkie z wyjątkiem jednego a był między nimi i starzec 82-letni, który po operacyi żył jeszcze dwa lata. Od 5 lat L. nie robił ani razu herniotomii, lecz używał tylko eteru zewnętrznie we wszystkich ciężkich przypadkach uwięznienia przepukliny udowej lub pachwinowej, których nie można było odprowadzić. Pacyenci dostawali injekcyą morfinową i polecenie wylewania regularnie co kwadrans lub pół godziny na ścianę brzuszną po łyżeczce od kawy eteru siarczanego. We wszystkich 30 przypadkach tym sposobem traktowanych udało się po kilku godzinach odprowadzić przepuklinę albo wprost albo po rozpyleniu eteru (spray) nawet wtedy, gdy uwięznienie trwało kilka dni a przepuklina była wielka. (*Therapeutische Mtshefte. Luty 1893*).

— Nad poruszanem tyle razy pytaniem, jak długo należy leczyć kiłę, zastanawia się raz jeszcze prof. Kaposi i rozbiera szczegółowo metodę Fourniera leczenia kiły przez dwa lata po zarażeniu się naprzemian przetworami rtęci i jodu (*méthode des traitements successifs*), w czem inni poszli jeszcze dalej, proponując leczenie to przeprowadzać przez lat kilka nawet w podobny sposób i uważa, że idąc konsekwentnie należałoby chyba na całe życie rozciągać leczenie, skoro nawroty choroby mogą wystąpić i rzeczywiście występują i w 25 i więcej nawet lat po zarażeniu się.

Na takie postępowanie w żaden sposób nie zgadza się prof. Kaposi i wielu syfilidologów, jak Diday, Doyon, Sigmond, Caspary i inni. Nie ma wprawdzie wątpliwości, że kiłę trzeba leczyć za pojawieniem się nawrotów choroby, ale nie ma żadnej potrzeby leczyć chorych wtedy, gdy choroba niczem się nie objawia a to z następujących przyczyn:

1) Największa część chorych wyzdrawia po leczeniu systematycznem w ciągu 1. lub 2. roku choroby, nie okazując potem żadnych objawów choroby, i płodzi zdrowe potomstwo.

2) Ciągłe nasycanie ustroju przetworami rtęci i jodu nie jest bynajmniej obojętne i pytanie, czy ta znaczna liczba przypadków kiły układu nerwowego we Francyi nie zostaje w związku z tem nadużywaniem rtęci i jodu.

3) Ciągłe to leczenie kiły wywiera bardzo zły wpływ moralny na chorych, którzy myśląc ciągle o swej nieszczęs-

nej chorobie, tracą wszelkie zaufanie w swą przyszłość i wpadają jak między Scyllę i Charybdę w obawę z jednej strony kiły (*syphilophobia*), z drugiej rtęcicy (*hydrargyrophobia*).

Prof. Kaposi jest przeto zdania, że kiłę leczyć się powinno wytrwale i systematycznie dopiero wtedy, gdy wystąpią objawy ogólnego zakażenia, i to leczenie w razie potrzeby powtórzyć; leczenie zapobiegawcze t. j. przed wystąpieniem przypadków ogólnych uważa wprost za szkodliwe. Za najodpowiedniejszą formę uważa w każdym razie wcieranie szaruchy a tylko w tych przypadkach, w którychby ich w żaden sposób nie było można robić, należy się wziąć do wstrzykiwań podskórnych przetworów, ile można, trwale skutecznych, jak sublimat, kalomel, olej szary, salicylan rtęciowy i t. p. ze szczególnem zachowaniem ostrożności z przetworami nierozpuszczalnymi. (*Wiener. medic. Wochenschrift. 4. 1894*).

— R. Velletti zaleca na podstawie własnego doświadczenia ichtyol do leczenia wiewióra i nieżytów pęcherza moczowego tak pierwotnych jak i następowych i używa do wstrzykiwań do cewki rozczynów 2·5 i 5%, do przepłukiwania zaś pęcherza moczowego rozczynów 0·5 i 1·0%

— W. Greet w Londynie przekonał się, że parowanie octu (przez mocne ogrzanie w naczyniu nad lampką wyskokową) w pobliżu chorego na dławiec (*croup*) sprawia znaczną ulgę przez zmniejszenie bezdechu i sinicy tudzież ułatwienie wykrztuszania błon wrzekomych.

— Jako dobry środek przeciwgnilny do ust zaleca E. Maurel bardzo słaby rozczyn nadmanganezanu potasowego:

25) Rp. *Kali hypermanganici* 1·00
*Aquae destil.* 100·00

MDS. Dawać po pięć kropel do szklanki wody letniej.

Do przemywań przeciwgnilnych bardzo dobrym jest przepis:

26) Rp. *Alcoholi 85°* 65·00
*Ttrae eucalypti* 20·00
*Ttrae cinnamomi* 10·00
*Ttrae rorismarini* 5·00

MDS. Po łyżeczce od kawy do szklanki wody letniej.

(*Traité des maladies de la bouche.*)

— Na ostry i przewlekły gościec mięśniowy zaleca Rokitansky maść:

27) Rp. *Ammonii sulfoichthyolici* 15·00
*Lanolini* 30·00

MS. Zewnętrznie.

## IV. Uwagi o szpitalach prowincyonalnych [1]).

Od czasu wprowadzenia w życie ustawy o lekarzach okręgowych poruszano nieraz sprawę stósunku tej nowej instytucyi krajowej do szpitali prowincyonalnych. Pytano się, co dla kraju lepsze, czy lekarze okręgowi czy szpitale? Były i są różnice zdań: głosy za lekarzami okręgowymi a przeciw szpitalom, głosy przeciw lekarzom okręgowym a za szpitalami. Ktokolwiek choć trochę lepiej zapoznał się ze stósunkami zdrowotnymi kraju, zrozumie, że podobne pojmowanie sprawy jest mylne, bo każda z tych instytucyj ma odrębne przeznaczenie i w zakres drugiej nie wchodzi.

Zadaniem lekarza okręgowego jest strzedz stósunków zdrowotnych swego okręgu a więc zapobieganie chorobom nagminnym, w razie zaś ich wybuchu ograniczanie ich rozwoju. Leczenie chorych jest tu na drugim planie; głównie zaś idzie o to, by chory jak najmniej narażał zdrowych na zakażenie. Tak więc n. p. w czasie epidemii czerwonki więcej będzie starał się lekarz okręgowy o studnie, doły kloaczne, zakaz sprzedaży niedojrzałych owoców i t. p., niż o niesienie ulgi osobom już chorym, co najwięcej udzieli im szablonowej pomocy, która może nawet niechętnie będzie przyjęta. Mówię szablonowej, bo ani norma leków, jaką lekarz rozporządza, ani rzadkość dojazdów do danej miejscowości nie może odpowiadać warunkom troskliwego leczenia tak bogatej w przypadłości choroby, jak czerwonka. A jakżeż ma zachować się lekarz gminny wobec świerzbu lub jaglicy? czyż może nawet próbować leczenia świerzbowatych w ich własnym domu, gdzie każdy siennik, każdy kożuch, każda szmata jest gniazdem świerzbowców, lub czy może codziennie objechać kilkanaście gmin, z niebieskim kamykiem w ręku i czy zawsze zastanie w domu chorych na jaglicę? Nie, zadaniem jego bowiem jest odkryć te choroby a jeśli potrafi, odkryć także ich źródło, chorych zaś odeśle do szpitala i to zarówno chorych na czerwonkę, jak na świerzb, na jaglicę i na wiele różnych chorób zakaźnych, w których życie lub zdrowie chorego jest poważnie zagrożone. A w przypadkach niezakaźnych a tak częstych wśród ludu naszego, jak nieszczęścia po gorzelniach lub folwarkach, jak nieprawidłowe porody, jak ciężkie uszkodzenia w bójkach, czy lekarz okręgowy zdoła co zrobić bez pomocy szpitala? Czy może sam trzymać oparzonego całymi tygodniami we wodzie jednakowo ogrzanej, lub uszkodzonemu przez młócarnię wykonać doraźnie amputacyę, kobietę ze zwężeniem miednicy uwolnić cięciem cesarskiem od płodu i to sam jeden, bez pomocy, bez służby, bez narzędzi, do których posiadania nie jest obowiązany? Nie, odeśle te przypadki do szpitala, gdzie znajdą to wszystko, co im do wyleczenia potrzebne, bo właśnie zadaniem szpitala jest ratowanie zdrowia jednostek. Widzimy więc, że lekarze okręgowi i szpitale uzupełniają się wzajemnie; są to dwie dzielne ręce krajowej bogini Higiei: jedna ochrania ludność przed niebezpieczeństwem zakażenia i choroby, druga uzdrawia już zakażonych.

Oddawszy *suum cuique* widzimy, że lekarze gminni nie zastąpią szpitali, owszem, uzupełnić tylko mogą ich działalność, pracując jak sieć, która z głębin najdalszych powiatu, wyławia cierpiących i zwraca na właściwą drogę leczenia. Tak rzecz pojąwszy, zrozumiemy potrzebę nowych szpitali w kraju a jest ona niemała. Kto widział w szpitalu przemyskim chorych wenerycznych przywożonych koleją z oddalonego Jarosławia, gdzie znaczna załoga wpływa na rozpowszechnienie zarażenia, kto zna stósunki sanitarne Rawskiego i Cieszanowskiego, albo najbliższych okolic Nowego Targu, Zakopanego i t. p., ten bez szukania odrazu ma miejsce na trzy, bardzo potrzebne szpitale. A takich przykładów więcej znaleśćby można z łatwością. Równocześnie jednak godzi się dążyć, by szpitale już istniejące ulepszać w granicach możności, bo im więcej usterek z nich się usunie, tem lepiej spełnią one swoje szczytne przeznaczenie. To też badanie krajowych stósunków szpitalnych bardzo dotychczas słabe i lekceważone, powinno wejść stale na porządek dzienny pism zawodowych a w pierwszym rzędzie powinni lekarze

[1]) Artykuł ten, przysłany na moje ręce przez jednego z najdzielniejszych sekundaryuszów szpitalnych, przesyłam do *Przeglądu lekarskiego*, gdyż zawiera bardzo wiele trafnych uwag i zdrowych poglądów. Przytem oświadczam, że Wydział krajowy przygotował w tym roku nową ustawę dla szpitali prowincyonalnych, która, jeżeli zostanie przez Wysoki Sejm przyjętą, może wlać zupełnie nowe życie w te zakłady, gdyż rozwój ich będzie odbywać się na innych zasadach, zgodniejszych z obecnym rozwojem szpitali. Wtedy też przystąpi Wydział krajowy do rewizyi wydanych przed kilkunastu laty instrukcyj, które potrzebują już zmiany i naprawy.

*Dr. Jan Stella-Sawicki* inspektor szpitali.

szpitali prowincyonalnych zabierać głos w tym względzie, wykazując złe i przedstawiając potrzebę zmian. Takie wyświetlanie kwestyi jest bowiem najdzielniejszym środkiem postępu.

W tej właśnie myśli chcę wypowiedzieć kilka skromnych uwag, sądząc, że będzie to z korzyścią dla stósunków szpitalnych a może i zachęci innych do gruntowniejszej pracy na polu, dotychczas tak bardzo zaniedbanem.

Chcę pokrótce omówić stanowisko ludzi, którzy bezpośrednio stykając się z chorym w szpitalu, wywierają na jego losy wpływ bardzo ważny, równie ważny jak materyalne wyposażenie zakładu. Jest to służba szpitala wyższa i niższa a więc lekarz ordynujący, sekundaryusz i posługacze.

Zaczynam od dołu, od służby niższej. Że stan służby niższej, bezpośrednio z chorym się stykającej, jest bardzo ważny, często niemal rozstrzygający, jest to okoliczność mało może niewtajemniczonym znana, niemniej jednak niewątpliwa. Biorąc przykład z poza obrębu szpitala, widzimy całe zakłady wodolecznicze, które światowy rozgłos zyskały sobie przez służbę znakomicie wykonywającą zabiegi hidryatryczne, widzimy zdrojowiska bardzo odwiedzane n. p. Toelz w Bawaryi i t. p., które sławę swą zawdzięczają służbie artystycznie wcierającej szaruchę. Przypatrzmy się obecnie służbie szpitala prowincyonalnego. Dzisiejszy posługacz jest brudną figurą, zrekrutowaną z pomiędzy rekonwalescentów lub z ulicy przyjętą, która bierze miejsce w szpitalu w braku jakiegobądź innego zarobku. Zawodu posługacza uczy się praktycznie z chwilą objęcia obowiązku a bolesne koszta tej nauki ponoszą w całej pełni chorzy, stanowiący materyał prawdziwego eksperymentu *in anima vili*. Gdybyż wreszcie wyuczony już posługacz trzymał się stale szpitala, możeby usługi jego przyniosły z czasem rzeczywisty pożytek chorym, ale niestety posługacze w szpitalu zmieniają się jak sługi u złej pani, która mało płaci a nad siły wymaga; nic ich bowiem prócz chwilowego zarobku do szpitala nie przywiązuje. I słusznie można powiedzieć, że jaka płaca, taka praca. Za kilka złr. i lichą strawę posługacz szpitalny oddać musi wszystkie siły, cały czas i wszystkie przymioty, jeżeli je ma przypadkiem. Nie ma święta, nie ma wypoczynku; dzień i noc spędzać musi pośród atmosfery szpitalnej, oddając najniższe posługi, chorym nieraz tak wstrętnym, że chyba heroizm albo zupełny brak nerwów może zachęcić do tej roboty. W nocy śpi na sali pospołu z chorymi, którzy budzą go, jeśli mu przypadkiem już lekarz z góry nie nakaże czuwania. Od świtu zaś do nocy ma tyle zajęcia, że chyba człowiek bardzo silny ciałem a przytem mądry i dobry mógłby je wykonać sumiennie; że jednak nie każdy posługacz ma te przymioty, więc logicznie z tego wynika, że chorzy muszą być zaniedbani. Taki posługacz w dodatku każdej chwili może być wydalony na ten sam bruk, z którego do szpitala się dostał, żaden bowiem przepis nie utrwala stanowiska jego w szpitalu, władza zaś zarządcy nad służbą jest nieograniczona. Nic dziwnego, że w ciągu roku w szpitalu zmienia się służba jak w kalejdoskopie, przesuwają się ludzie wykolejeni, czasem nawet dość inteligentni, przez nałóg tylko lub przypadek w szeregi posługaczy zapędzeni, ale zawsze obowiązki swe pełniący dorywczo i bez zamiłowania; nic dziwnego, że taka służba dopuszcza się często nadużyć, może na oko drobnych, ale dziwnie bolesnych dla każdego chorego, które szpital, ten padół niedoli, w istną Gehennę mogą przemienić; nic dziwnego, że wyciąga rękę po drobne datki za najprostszą usługę a za taki sam datek dostarcza wódki i kart za plecami lekarza. Jest w każdym szpitalu tysiące drobnych wskazań, których lekarz osobiście nie może zaspokoić a jeśli służba niesumienna ich nie wypełni, wynikają z tego nieraz haniebne skutki. Szpitale wojskowe mają wzorową organizacyę służby niższej i szpitale prowincyonalne wieleby od nich mogły się nauczyć. Wskażę tylko główne punkty. Służba szpitalna wojskowa jest zawodowo wykształcona, jest jednostajnie umundurowana, osobno żywiona a co najważniejsze, liczebnie według stałej normy do chorych zastósowana. Chcąc poprawić stan służby szpitalnej, należałoby mniej więcej działać w sposób, który tu szkicowo przedstawię. Najważniejsze jest podniesienie moralne i materyalne stanowiska posługacza, przez zapewnienie ludziom wykwalifikowanym posady stałej sługi na etacie krajowym, tak samo jak mamy przy każdym sądzie i starostwie służbę na etacie rządowym. Wykwalifikowaćby zaś można łatwo, bo ludzie młodzi, zwłaszcza urlopowani żołnierze sanitarni i t. p. garnęliby się do szpitali, mając widoki stałej posady. Te same zaś widoki zwabiałyby młodzież niższego stanu, umiejącą pisać i czytać, w szeregi służby szpitalnej. Dobry podręcznik, a niebrak nam go, dzięki pracy Dra Stelli-Sawickiego, przerobiony bodaj we formie pytań i odpowiedzi, służyłby do teoretycznego wykształcenia służby a praktycznej strony swego zawodu uczyćby się mogli posługacze pod kierunkiem sekundaryuszów, którzy z pewnością we własnym interesie chętnie do tego przyłożą rękę. Pan inspektor krajowych szpitali podczas dorocznej wizytacyi szpitala mógłby poddać egzaminowi zgłaszających się kandydatów i stósownem świadectwem wyzwolić na stałych posługaczy. Przenoszenie takich posługaczy z prowincyi na szczegółowe oddziały szpitali krajowych i zwracanie ich potem napowrót na prowincyę, przyczyniłoby się do wytworzenia zdrowego stósunku pomiędzy wszystkimi szpitalami. Może wyda się to wszystko przesadą a przecież są to sprawy istotnie piekące, których nie godzi się lekceważyć. Dzielne i pojętne siły wykonawcze, to podwalina każdej żywotnej instytucyi; powiadają przecież, że Prusacy pobili Francuzów doskonałymi podoficerami swej armii.

(Dokończenie nastąpi).

## V. Wiadomości bieżące.

**Kraków dnia 1. Marca 1894 r.**

— W dniu 27. Lutego b. r. o godz. 12-tej w południe dokonano w szpitalu św. Łazarza aktu odsłonięcia portretu ś. p. prymaryusza szpitala prof. Dra Maurycego Madurowicza. W sali ginekologicznej zebrali się Jego Magnif. Rektor Uniwersytetu Jagiell., Dziekan Wydziału lekarskiego, Prezes Izby lekarskiej, Prezes Tow. lek. krak., zast. Prezesa komitetu administr. szpitala, grono profesorów Wydziału lekarskiego, Dyrektor i prymaryusze szpitala, sekundaryusze i praktykanci, tudzież liczny zastęp lekarzy. Rodzinę zmarłego przedstawiał bratanek Maurycy Madurowicz.

Dyrektor szpitala Dr. Ponikło po stósownem przemówieniu odczytał akt odsłonięcia portretu, drukowany na pargaminie, który obecni podpisali, poczem p. o. prymaryusz oddziału, prof. Jordan odbierając portret poświęcił kilka słów pamięci zmarłego profesora. Akt ten na mocy reskryptu Wydziału krajowego będzie przechowany w archiwum szpitalnym.

— Otrzymujemy następujące pismo:

Jeneralny Komitet XI. międzynarodowego Zjazdu lek. w Rzymie uprasza Szanownych Kolegów, którzy zamierzają wziąć udział w Zjeź-

dzie, dotychczas zaś jeszcze nie zaopatrzyli się w karty udziałowe, ażeby raczyli się zgłaszać do komitetów miejscowych, od których otrzymają karty udziałowe oraz wszelkie potrzebne legitymacye do uzyskania zniżek cen na kolejach włoskich, jak niemniej informacye tyczące się programu Zjazdu i wspólnych wycieczek po Włoszech. Upraszam przeto Szanownych Kolegów, ażeby zgłoszenia po karty legitymacyjne przesyłali do Komitetu krakowskiego pod moim adresem:

*Dr. Cybulski*, ul. Szczepańska 11.

— W ciągu Marca b. r. odbywać się będą w auli uniwersyteckiej w Krakowie odczyty wieczorne dla szerszej publiczności. Prof. Cybulski mówić będzie: O spirytyzmie i hypnotyzmie (z demonstracyami); Prof. Walentowicz: Z psychologii zwierząt; Prof. Kostanecki: O wyosobnianiu się w żyjącej przyrodzie; Prof. Bujwid: O wodzie ze stanowiska higieny (z demonstracyami); Dyr. doc. Dr. Ponikło: O uzdrowiskach (miejscach klimatycznych) ze stanowiska higienicznego. Wreszcie Dr. doc. Wierzbicki w końcu Marca dwa wieczory poświęci demonstracyom w obserwatoryum astronomicznem. Dochód z odczytów tych przeznaczają prelegenci na powiększenie funduszów budowy Domu Akademickiego a w pewnej części na rzecz Towarzystwa wzaj. pomocy uczniów Uniw. Jagiell.

— **XI. Międzynarodowy kongres lekarski w Rzymie od 29. Marca do 5. Kwietnia 1894.** Tymczasowy rozkład dzienny zajęć kongresu jest następujący: 28. Marca: otwarcie wystawy lekarsko-higienicznej. 29. Marca: rano uroczyste otwarcie kongresu w teatrze *Costanzi* (w pobliżu *Via Nazionale*) w obecności J. K. M. króla włoskiego; po południu: wybór biur sekcyjnych. 30 Marca: rano od 8. do 3. posiedzenia sekcyjne, po południu o 4. pierwsze posiedzenie ogólne. 31. Marca : rano od 8. do 3. posiedzenia sekcyjne; po południu o 4. drugie posiedzenie ogólne. 1. Kwietnia dzień wolny od posiedzeń, przeznaczony na wycieczki do *Castelli Romani*. 2. Kwietnia: rano od 8. do 3. posiedzenia sekcyjne, po południu o 4. trzecie posiedzenie ogólne. 3. Kwietnia: rano od 8. do 3. posiedzenia sekcyjne, po południu o 4. czwarte posiedzenie ogólne. 4. Kwietnia: rano od 8. do 3. posiedzenia sekcyjne i ich zamknięcie; po południu o 4. piątek posiedzenie ogólne; wieczorem biesiady sekcyjne. 5. Kwietnia rano zamknięcie kongresu na ogólnem posiedzeniu.

Posiedzenia ogólne i wykłady na nich odbywać się będą w amfiteatrze *Eldorado* przy *Via Genova* w pobliżu *Via Nazionale*, posiedzenie sekcyjne zaś w poliklinice.

Spis wykładów odbyć się mających na ogólnych posiedzeniach podaliśmy w 5. nrze *Przeglądu lekarskiego* z r. b.

Osobny komitet pod przewodnictwem Prof. L. Paglianiego urządził w pałacu sztuk pięknych przy *Via Nazionale* międzynarodową wystawę higieniczną, do której mieć będą wolny wstęp wszyscy członkowie kongresu za okazaniem karty udziałowej.

Każdego dnia wieczorem wychodzić będzie w jednym ze czterech urzędowych języków (francuskim, niemieckim, angielskim i włoskim) zjazdu osobny dziennik kongresu, zawierający krótkie zdanie sprawy z posiedzeń tego samego dnia i porządek dzienny na dzień następny.

Biura prezesa i sekretarza jeneralnego mieścić się będą od 2. do 26. Marca przy *Via Genova*, od 26. Marca zaś poliklinice; podskarbi urzędować będzie od 2. Marca do 5. Kwietnia przy *Via Genova* a nadto od 26. Marca w poliklinice.

Biuro umieszczeń znajdować się będzie na dworcu głównym kolei żelaznej i przy *Via Genova*.

Biuro zgłaszania się i wywiadowcze mieścić się będzie od 2. Marca do 5. Kwietnia przy *Via Genova* i w poliklinice.

W poliklinice znajduje się królewski urząd pocztowy i telegraficzny, dokąd też można adresować listy i telegramy dla członków kongresu dodając: *Congresso Roma.*

Komitety zagraniczne będą mieć w poliklinice własne biura. Na cześć członków kongresu odbędą się następujące festyny: w dniu 28. Marca przyjęcie członków kongresu i ich dam przez wydział gospodarczy Zjazdu w pałacu wystawy lekarsko-higienicznej. Na Kapitolu uroczyste przyjęcie ze strony rzymskiej rady miejskiej. Illuminacya *Platea Archeologica* przez mieszczaństwo rzymskie. Śniadanie w termach Karakalli. Dla dam członków kongresu wstęp dozwolony za okazaniem właściwej legitymacyi.

Z wielkiego szeregu zapowiedzianych na kongres odczytów i demonstracyj wyjmujemy następujące: Prof. Laskowski z Genewy okaże własny atlas anatomii opisowej, wykonany chromolitograficznie w 16 kolorach. Prof. Dogiel z Kazania: O budowie i czynności serca u skorupiaków. Prof. Bujwid z Krakowa: O leczeniu wścieklizny sposobem Pasteura i o zmianach znalezionych w komórkach nerwowych we wściekliźnie. O cholerze w Królestwie Polskiem w r. 1892. Badania bakteryologiczne. Heryng w Warszawie: Studya doświadczalne nad lokalizacyą płynów barwiących, wstrzykniętych do płuc zwierząt i do jam gruźliczych. Prof. W. A. Gluziński z Krakowa: Przyczynek do kwestyi krwotoków płucnych. H. Higier z Warszawy: O ograniczonych ostrych obrzękach skóry i obrzękach histerycznych. Prof. Cybulski z Krakowa: O mikrokalorymetrze. Higier z Warszawy: Dwa przypadki jednostronnych halucynacyj w hemianopicznej połowie pola widzenia. Jednostronne halucynacye w cierpieniach organicznych i czynnościowych, w prawidłowem i ślepem polu widzenia, na jawie i podczas snu hipnotycznego. L. Stembo z Wilna: Czy atetoza jest osobną chorobą? Przypadek *paramyoclonus multiplex* z objawami przymusowemi. Prof. Kosiński z Warszawy: Kilka uwag nad szeregiem 800 laparotomij zrobionych w klinice chirurgicznej uniwersytetu warszawskiego. S. Mintz z Warszawy: O chirurgicznem leczeniu chorób żołądka. W. Stankiewicz z Warszawy: O zdolności zabliźniania się ran postrzałowych pęcherza moczowego. Rzadki przypadek mięsaka pęcherza moczowego. A. Tauber z Warszawy: O resekcyach osteoplastycznych czaszki. Heryng z Warszawy: Wskazania i środki terapeutyczne miejscowe w gruźlicy krtani, referat. Próby doświadczalne nad leczeniem miejscowem chorób płucnych przez wstrzykiwania do tchawicy (z okazaniem przetworów anatomicznych). T. Heiman z Warszawy: O chorobach sztucznych ucha. Prof. Gałęzowski z Paryża: O wskazaniach do ekstrakcyi zaćmy bez irydektomii. J. Lewy z Warszawy: Projekt reformy wykształcenia dentystycznego. B. Wicherkiewicz z Poznania: O niektórych wadach wrodzonych dróg łzowych. Prof. O. Bujwid z Krakowa: O rozmaitych sposobach filtrowania wody do picia. O naturze szankra, korreferentem doc. Finger z Wiednia. Watraszewski z Warszawy: O działaniu rtęci w kile chwilowo ubiegłej.

**Redakcya otrzymała:**

Prof. N. Cybulski: Fizyologia człowieka. Wydana staraniem Stanisława Markiewicza z zapomogi kasy Mianowskiego. Część III. Warszawa 1894.

A. Beck: O zmianach ciśnienia krwi w żyłach. (Z 20 rycinami w tekscie). Kraków 1894.

L. Wachholz: O oznaczaniu wieku ze zwłok na podstawie kostnienia główki kości ramieniowej. (Z tablicą). Kraków 1894.

**Towarzystwo lekarskie krakowskie** odbędzie we środę dnia 7. Marca b. r. o godzinie 6-tej wieczorem w *Collegium novum* (sala Śniadeckich) posiedzenie zwyczajne, na którem odbędzie się: 1) Dyskusya nad odczytem kol. prof. Rydygiera: *Z chirurgii żołądka i jelit;* 2) Odczyt kol. prof. Obalińskiego: *Najnowsze wskazania do salpingotomii.*



Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nr. 69.

## KONKURS.

Celem obsadzenia opróżnionej posady lekarza miejskiego w Radłowie (w miejscu c. k. Sąd, c. k. Notaryat, apteka, c. k. Urząd podatkowy, administracya dóbr Radłowskich i t. p.). Roczna płaca stała 200 złr. i 100 złr. za oględziny bydła na targi i na rzeź. Podania wnosić należy do **10. Marca 1894 r.**

Z urzędu gminnego. 74—3—3

*Radłów, 29. Stycznia 1894.*

Naczelnik gminy
*Jan Maczyszyn.*

---

## KONKURS

na posadę lekarza miejskiego w Wilamowicach (pow. Biała).

Z powodu śmierci lekarza miejskiego rozpisuje niniejszem Zwierzchność miasteczka Wilamowice konkurs na posadę lekarza miejskiego w Wilamowicach z płacą roczną 200 złr., wolnem mieszkaniem i poborem opłat za oględziny zwłok i bydła. Posada powyższa może być natychmiast objętą. Podania należy wprost adresować do Zwierzchności gminnej, która i bliższych wiadomości udzielać będzie.

*Wilamowice 14. Lutego 1894.*

***Kaleta*** m. p.
75—3—2 burmistrz.

---

L. 159.

## KONKURS.

na posadę lekarza okręgowego w miasteczku Tartakowie z roczną płacą 600 złr. ryczałtem na objazdki 273 złr. i dodatkiem 50 złr.

Okręg obejmuje 17. gmin z ludnością 13.390 dusz, lekarz okręgowy utrzymywać będzie aptekę domową.

Po roku służby zadowalniającej stabilizacya z prawem do emerytury.

Podanie zaopatrzone w dyplom doktora medycyny, świadectwo zdrowia, zachowania się i dwuletniej praktyki, wnoszone być mogą **do 20. Marca b. r.**

Z Wydziału powiatowego.

*Sokal dnia 16. Lutego 1894.*

Prezes
77—1—1 ***Kownacki.***

---

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.